

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon

ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901. — N° 150

DE LA
VOUTE PALATINE
ET
DES MACHOIRES

AU POINT DE VUE DE L'IDENTIFICATION JUDICIAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le vendredi 5 juillet 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raphaël BARONCELLI

né à Ravenne (Italie), le 12 août 1856.



LYON

A **STORCK & C^{ie}**, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, rue de la Méditerranée

—
1901



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon

ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901. — N° 150

DE LA
VOUTE PALATINE
ET
DES MACHOIRES

AU POINT DE VUE DE L'IDENTIFICATION JUDICIAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le vendredi 5 juillet 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Raphaël BARONCELLI

né à Ravenne (Italie), le 12 août 1856.



LYON

A STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, rue de la Méditerranée

—
1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS	QUESTEUR.

Professeurs honoraires

MM. PAULET, CHAUVEAU.

Professeurs

	MM.
Cliniques médicales	{ LÉPINE. BONDET. BARD.
Cliniques chirurgicales	{ PONCET. X.
Clinique obstétricale et Accouchements	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Parasitologie.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (Maurice).
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT.
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacologie	CROLAS.

Professeur adjoint

Clinique des Maladies des femmes	M. LAROYENNE.
--	---------------

Chargés de cours complémentaires

Clinique des Maladies des enfants	MM. WEILL,	agrégé
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Accouchements	POLLOSSON (Aug.),	—
Propédeutique médicale.	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE,	—
Botanique	BEAUVISAGE.	—

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE	CONDAMIN	VALLAS	PAVIOT
ROQUE	DEVIC	SIRAUD	NOVE-JOSSERAND
ROUX	COLLET	DURAND	BERARD
POLLOSSON (A.)	BOYER	DOYON	SAMBUC
ROCHET	BARRAL	PIC	BORDIER
ROLLET	MOREAU		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LACASSAGNE, président; M. FLORENCE, assesseur;
MM. LANNOIS et COLLET, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

A la suite de mutilations criminelles perpétrées dans le but d'échapper à la rigueur de la justice, à la suite de grandes catastrophes comme incendie de théâtres, collisions de chemins de fer, accidents de mines, inondations, etc., le médecin légiste est souvent appelé à l'effet d'établir l'identité des victimes demeurées inconnues.

Sa tâche est d'autant plus ardue qu'il se trouve en présence de cadavres volontairement mutilés ou carbonisés, et quelquefois même en présence de têtes isolées.

Les grandes difficultés que comporte dans ces occurrences l'identification judiciaire, et l'importance civile et sociale qu'elle présente ont poussé certains auteurs à chercher dans l'art dentaire des éléments propres à éclairer le diagnostic de l'identité, et en 1882 déjà Dumur (1) et en 1891 Merciolle (2), dans deux thèses remarquables inspirées par M. le Professeur Lacassagne, ont montré tout le profit que la médecine légale pouvait tirer de

(1) DUMUR : *Des dents, leur importance et leur signification dans les questions médico-légales.* (Thèse de Lyon 1882.)

(2) MERCIOLLE : *La dentition dans les questions d'identité.* (Lyon, 1891.)

l'examen de la dentition dans les cas difficiles d'identification judiciaire.

Pendant quinze ans nous avons exercé l'art dentaire : continuellement en rapport avec la cavité buccale, nous avons pu nous familiariser avec cette région soit au point de vue normal et pathologique, soit au point de vue des nombreuses anomalies qu'elle présente, et nous avons acquis la certitude que, non seulement l'examen de la dentition pouvait dans certains cas être utile au médecin légiste, mais aussi qu'un examen minutieux et méthodique des parties dures qui constituent la bouche pouvait lui rendre de signalés services.

C'est pourquoi nous avons choisi ce sujet pour notre thèse inaugurale.

Monsieur le Professeur Lacassagne nous a fait l'insigne honneur d'en accepter la présidence ; il nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance en nous prodiguant ses savants conseils ; nous le prions d'agréer l'hommage de notre profonde gratitude.

INTRODUCTION

« La physionomie humaine est un aspect particulier de l'ensemble des traits de la face. » (Littré.)

La forme et les dimensions du front, du nez, de la bouche, du menton ; la couleur des yeux, des cheveux, de la peau sont les éléments de la physionomie. Plus il y a analogie entre les éléments physionomiques de deux ou plusieurs individus, plus il y a ressemblance entre ceux-ci.

Mais outre cette ressemblance externe et superficielle facilement appréciable, il en existe une autre plus profonde, non moins constante cependant, dont les éléments sont fournis par l'aspect, les rapports et les dimensions des différentes parties qui constituent la bouche.

C'est cette ressemblance que nous nous proposons d'étudier et d'utiliser dans les cas difficiles d'identification judiciaire.

Si l'on étudie les lois qui président à la transmission de la ressemblance physionomique dans la race humaine, et surtout dans la race blanche qui nous intéresse plus

particulièrement, on verra que cette transmission s'effectue de deux manières :

- a) Avec alternance de sexe ;
- b) Sans alternance de sexe.

Dans le premier cas un individu de sexe masculin ressemble à son ascendant immédiat de sexe féminin, tandis qu'un individu de sexe féminin ressemble à son ascendant immédiat de sexe masculin. En d'autres termes un garçon ressemble à sa mère, tandis qu'une fille ressemble à son père.

Par contre lorsque la ressemblance se transmet sans alternance de sexe un fils ressemble à son père et une fille à sa mère.

De ces deux modes de transmission de la ressemblance physionomique c'est le premier qui est le plus fréquent dans la nature ; tous deux cependant sont pour nous d'une importance capitale, car c'est sur ces deux lois qu'est basé notre examen comparatif.

Cela étant admis, supposons qu'un cadavre soit découvert dans un bois, dans une cave, dans un puits ; sa face mutilée ou déjà putréfiée ne permet plus de reconnaître ses traits, et pour cette raison l'établissement de son identité devient impossible par les moyens ordinaires.

On sait cependant que depuis quelque temps un individu a disparu de son domicile, et que, malgré les recherches pratiquées, il a été impossible de le retrouver.

Il se pourrait donc que le cadavre à la figure mutilée soit celui de l'individu disparu.

On commencera par prendre l'empreinte de la bouche du cadavre selon la méthode en usage chez les dentistes.

Ici il est utile de faire remarquer que la région de la bouche, à cause de sa situation relativement profonde, et formée comme elle est par une forte cage osseuse, se trouve presque toujours à l'abri des violences extérieures.

Une fois l'empreinte prise on la compare avec celle du parent présumé, et, si la parenté existe réellement, elle sera mise en évidence par une foule de signes anatomiques et autres : tandis que par l'absence absolue d'analogie entre les deux empreintes on sera autorisé à conclure à la non-parenté.

Cette méthode que nous avons appelée *stomatométrie* puisqu'elle est basée sur des mensurations à prendre dans la bouche, ne peut être appliquée utilement qu'à la condition qu'il existe de sérieuses présomptions de parenté en faveur du cadavre dont on cherche à établir l'identité.

Mais dans la pratique est-ce qu'il n'en est pas souvent ainsi ?...

Nous avons divisé notre travail en deux chapitres consacrés chacun à l'étude de la voûte palatine et des mâchoires au triple point de vue de l'anatomie, de la pathologie et des anomalies que ces régions peuvent présenter.

Pour ne pas sortir des limites que nous nous sommes imposées nous nous sommes occupé, pour ce qui concerne l'anatomie, seulement des parties dures qui concourent à la formation de la bouche, et pour ce qui a trait à la pathologie nous nous sommes borné à signaler les cas qui laissent, dans les organes qu'ils affectent, des traces indélébiles pouvant devenir des signes fort précieux d'identité.

Dans quelques planches phototypiques nous nous sommes efforcé d'accumuler les preuves matérielles de nature à confirmer les faits que nous avons énoncés.

CHAPITRE PREMIER

Voûte palatine.

A. — ANATOMIE

« La voûte palatine, dit le professeur Tillaux, est peut-être, au point de vue anatomique, la région la plus simple du corps humain.

« Un plan osseux recouvre de chaque côté par une membrane muqueuse ; telle est en effet sa structure. Elle forme les deux tiers antérieurs de la paroi supérieure de la bouche, et fait office de cloison entre la cavité buccale et la cavité des fosses nasales. »

Circonscrite en avant et sur les côtés par la courbe que décrit la ligne alvéolaire interne, elle se continue en arrière avec le voile du palais. En réalité, elle se compose de deux parties bien distinctes : la voûte palatine proprement dite et les piliers qui la soutiennent. Malgré la simplicité de sa conformation, peut-être même par suite de la multiplicité des rapports qu'affectent avec les parties voisines les os qui la composent, cette région est chez

l'homme une de celles qui offrent au plus haut degré des variations individuelles.

Elle est formée dans ses deux tiers antérieurs par la réunion des apophyses palatines des deux maxillaires supérieurs, et, dans son tiers postérieur par la réunion des parties horizontales des deux palatins.

Considérée dans son ensemble la voûte palatine se présente avec une double courbure, l'une antéro-postérieure, l'autre transversale, et se trouve divisée en deux parties égales par un raphé médian qui occupe toute sa longueur.

Pendant les premières années qui suivent la naissance, la voûte palatine se développe partout dans le sens des diamètres transverses et verticaux. A la fin de la première année, l'éruption des incisives a fixé l'extrémité antérieure du palais. Plus tard, en même temps que les autres dents apparaissent, la voûte palatine continue de s'agrandir dans tous les sens jusqu'au complet développement de la première dentition.

Dès lors, c'est-à-dire vers l'âge de sept ans, la courbe dentaire se trouve définitivement arrêtée, c'est-à-dire que l'axe fictif passant par le centre des couronnes des dents ne changera plus, et l'accroissement du maxillaire dans le sens transversal ne se produira plus qu'aux dépens des parties situées en dehors de l'axe des dents, et dans le sens antéro-postérieur aux dépens seulement de la partie osseuse située en arrière des dents temporaires.

Pendant les années qui correspondent à l'éruption des dents définitives l'accroissement de la voûte se fait dans le sens antéro-postérieur, et correspond à deux périodes. Dans la première, qui va de sept à quinze ans environ et est marquée par l'éruption de la deuxième grosse molaire,

le développement s'opère lentement et dans le sens antéro-postérieur comme nous venons de le dire.

Il peut alors se produire deux cas : ou bien le développement s'arrête, l'éruption de la dent de sagesse ne se fait pas, et la voûte palatine a atteint son maximum de développement ; ou la dent de sagesse évolue et le diamètre antéro-postérieur continue à augmenter jusqu'à une époque qui varie entre dix-huit et trente ans.

Les auteurs ne sont point d'accord sur la question de la dent de sagesse. Darwin, ayant remarqué qu'elle fait souvent défaut dans les races supérieures tandis qu'elle existe toujours dans les inférieures, la considère comme un signe de *non-évolution*. Broca et Mantegazza partagent cette manière de voir.

A l'appui de cette thèse plusieurs observateurs ont signalé chez les nègres des dents surnuméraires, et en 1880, Fontan a fait à la Société d'anthropologie une importante communication à ce sujet.

Plus récemment encore (1897), le Dr Raynaud (1) a présenté au Congrès pour l'avancement des sciences le crâne d'un nègre mort à l'hôpital de Saint-Étienne, et qui présentait une quatrième grosse molaire.

Pour apprécier comme il convient les dimensions de la voûte palatine, il y a lieu d'étudier ses différents diamètres. Mais avant d'aborder cette importante question, disons que c'est à l'École d'anthropologie que revient l'honneur d'avoir cherché à classer les différentes formes de la voûte palatine par des mensurations exactes.

(1) Voir *Association française pour l'avancement des sciences*, 26^e session (Saint-Étienne), page 322.

Mais ces recherches, ayant été pratiquées dans un but ethnologique et anthropologique, ont été faites seulement sur des squelettes; tandis que la nécessité dans laquelle nous nous sommes trouvé de comparer ces différentes mesures sur le cadavre et sur le vivant nous a obligé à modifier sensiblement les points de repère adoptés par l'École anthropologique.

Les diamètres que nous avons à étudier sont de trois sortes : ceux qui se rapportent à la *largeur*, ceux qui se rapportent à la *longueur* et enfin ceux qui doivent nous donner la *hauteur* de la voûte palatine.

Nous avons donc les diamètres transverses, longitudinaux et verticaux.

Les diamètres transverses sont au nombre de trois : antérieur, moyen et postérieur.

Le transverse antérieur ou bi-canin est celui qui donne la mesure de la partie antérieure de la voûte palatine, et correspond à la distance qui sépare le collet (à la partie linguale) des deux canines supérieures. C'est le plus court de tous les diamètres car il représente la largeur de la partie la plus rétrécie de la voûte palatine.

Le transverse moyen est celui qui donne la mesure exacte de la partie moyenne de la voûte palatine, et se trouve placé entre le transverse antérieur et le transverse postérieur. Sa longueur correspond à la distance qui sépare le collet des deux secondes prémolaires de la mâchoire supérieure (face linguale).

Le troisième et le plus important de tous les diamètres transverses est le transverse postérieur qui correspond à la distance qui sépare le collet des deuxièmes grosses

molaires ou dents dites de treize ans à cause de l'époque de leur éruption.

L'École anthropologique, pour la mensuration de ce dernier diamètre, a choisi comme point de repère les troisièmes grosses molaires ou dents de sagesse. Comme on a pu le voir nous avons préféré la deuxième grosse molaire parce que la dent de sagesse d'abord manque très souvent et très souvent aussi elle occupe dans la bouche une place anormale à cause de sa poussée tardive; elle se trouve tantôt déjetée en dehors, tantôt en dedans, et de cette façon elle ne donne pas d'une manière constante et précise la largeur de la voûte palatine.

La deuxième grosse molaire par contre constitue un excellent point de repère à cause de sa constance d'abord et ensuite parce qu'elle occupe dans la bouche toujours la même place. Une autre raison enfin milite en faveur de cette dent, c'est qu'elle compte parmi celles qui restent le plus longtemps dans la bouche, tandis que la dent de sagesse se carie souvent peu de temps après son éruption, et il convient de procéder de bonne heure à son avulsion.

Pour ce qui concerne la longueur de la voûte palatine un seul diamètre suffit à la mesurer : c'est le diamètre longitudinal ou antéro-postérieur, qui est représenté par une ligne allant de l'interstice interdentaire des grandes incisives ou incisives centrales (au niveau du collet) au milieu du transverse postérieur.

Certains auteurs mesurent ce diamètre par une ligne allant du diamètre transverse postérieur au bord libre des incisives centrales.

Cette mensuration est très défectueuse car les grandes incisives sont sujettes à se déjeter surtout à l'âge adulte

et l'on s'exposerait à voir ce diamètre changer sensiblement de longueur par ce fait. D'autant plus que même chez des sujets encore jeunes affectés de gengivite expulsive ces dents changent de place avant de tomber.

En outre l'usure naturelle des grandes incisives, très considérable chez certains individus, comme nous le verrons plus loin, en diminuant leur longueur modifierait d'une manière appréciable la longueur de ce diamètre.

Pour ce qui concerne la hauteur de la voûte palatine, deux diamètres servent à la mesurer.

Pour la prise de ces diamètres il faut procéder d'une façon un peu différente que pour les précédents.

En effet, en supposant un plan horizontal qui passerait entre les deux mâchoires à l'état de repos (c'est-à-dire fermées), les diamètres en question seraient représentés par une perpendiculaire élevée sur le milieu du transverse moyen et qui irait rejoindre le raphé médian.

Pour le second diamètre il faudrait procéder de la même façon, avec la seule différence que la ligne qui la représenterait serait élevée sur le milieu du transverse postérieur.

Quelquefois la différence de largeur entre les deux mâchoires d'un même individu est tellement grande, qu'elle constitue à elle seule un indice signalétique très important ; c'est pourquoi nous avons jugé utile de noter aussi dans notre examen les diamètres de la mâchoire inférieure.

Mais pour celle-ci, négligeant les diamètres de la hauteur, nous aurons à enregistrer seulement l'antéro-postérieur et les transverses.

L'antéro-postérieur est représenté par une ligne qui,

partant de l'interstice des incisives centrales inférieures, tomberait sur la ligne qui réunit les deux secondes molaires de la mâchoire inférieure.

Les diamètres transverses de la mâchoire inférieure sont au nombre de trois : l'antérieur, le moyen et le postérieur.

L'antérieur est mesuré par une ligne qui réunit les deux canines inférieures à leur face interne au niveau du collet.

Le moyen correspond à la distance qui existe entre les deux secondes prémolaires inférieures, tandis que le diamètre tranverse postérieur est donné par la longueur de la ligne qui réunit les deux deuxièmes grosses molaires.

Dans le but de contrôler l'exactitude des mensurations moyennes données par les auteurs pour ce qui concerne la longueur des différents diamètres de la voûte palatine et aussi pour être à même de tirer quelques déductions pratiques, nous nous sommes livré à des mensurations sur plusieurs centaines de sujets soit vivants soit à l'état de squelettes.

Ces mensurations nous ont permis d'établir d'une façon générale que les diamètres de la voûte palatine sont toujours plus longs chez l'homme que chez la femme pour les sujets de taille égale. En outre le diamètre antéro-postérieur est toujours le plus long de tous pour les sujets adultes, ce qui prouve que la voûte palatine à l'âge adulte est toujours plus longue que large.

Le second diamètre en longueur est le transverse postérieur, tandis que le transverse antérieur est toujours le plus court.

Pendant le cours de nos mensurations nous avons été

frappé par l'excessive longueur du diamètre transverse postérieur chez une femme dont la taille était de 1 m. 85. Nous avons pensé que peut-être il y avait un rapport constant entre ce diamètre et la taille de l'individu.

Nous avons alors entrepris une nouvelle série de mensurations, lesquelles ont pleinement confirmé nos prévisions.

En effet, sur 100 mensurations pratiquées par nous sur des sujets pris au hasard, nous avons constaté 91 fois un rapport constant entre la longueur du diamètre transverse postérieur de la voûte palatine et la taille.

L'importance de cette constatation est très grande, car elle nous permet dans bien des cas (9 fois sur 10) de déterminer la taille d'un squelette par la simple mensuration de la voûte palatine.

Dans les 9 cas qui constituent pour nous des exceptions, il s'agissait toujours de sujets évidemment rachitiques et l'on comprend aisément que les rapports sus-mentionnés puissent être modifiés, car le rachitisme frappe d'arrêt de développement les os longs et particulièrement ceux des membres inférieurs en les empêchant d'atteindre leur longueur normale, tandis que les os de la voûte palatine échappent entièrement à son influence.

Pour la mensuration des diamètres transverses, nous avons fait construire par M. Lépine, à Lyon, un instrument qui nous a considérablement facilité notre tâche. Il se compose de deux branches toujours parallèles pouvant se rapprocher ou s'éloigner l'une de l'autre par une vis micrométrique. Entre ces deux branches une tige transversale donne en millimètres la valeur de leur écartement. Chacune des extrémités des branches, très effilée,

se trouve être légèrement recourbée de manière à pouvoir mesurer aussi bien la mâchoire inférieure que la supérieure.

Cet instrument que nous avons appelé stomatomètre est en acier nickelé, et peut être facilement stérilisé (Voir planche III).

Pour la mensuration des autres diamètres de la voûte palatine, nous nous sommes servi d'une empreinte que nous mesurons ensuite avec un simple pied-à-coulisse.

Notre travail était près d'être achevé lorsque parut le livre du Dr Amcêdo (1) que nous avons lu avec un vif intérêt.

Nous y avons examiné avec attention les instruments inventés par Talbot pour les différentes mensurations de la bouche. Ils nous semblent peu pratiques lorsqu'il s'agit de prendre des mensurations sur des vivants.

Après les diamètres de la voûte palatine, ce sont les formes de celle-ci qui ont fait l'objet de notre étude. Ici aussi nous devons dire que nous n'avons rien trouvé dans les auteurs qui ait pu faciliter notre tâche si ce n'est dans la thèse du Dr Charron (2) que nous avons consultée avec quelque utilité.

Le caractère signalétique fourni par la forme de la voûte palatine est d'autant plus appréciable que, comme nous le verrons plus loin, il est toujours héréditaire (sauf quelques cas que nous aurons à étudier plus loin), et qu'il suffit d'une simple inspection de la bouche pour bien

(1) *L'art dentaire en médecine légale*, par le Dr Oscar AMCÊDO, Paris, 1898.

(2) *Contribution à l'étude des anomalies de la voûte palatine dans leurs rapports avec la dégénérescence*. Paris, 1891.

mettre en évidence les différentes formes que celle-ci peut présenter.

En effet nombreuses sont les formes que la bouche peut affecter ; mais elles peuvent être ramenées à quatre fondamentales qui sont :

- a) En dôme ;
- b) Plate ;
- c) En ogive ;
- d) En cône tronqué.

(Voir planche II, n^{os} 6, 7, 8 et 9.)

La première ou *en dôme* est la plus répandue car elle se rencontre environ 80 fois sur 100.

La forme *plate* est sensiblement semblable à la précédente ; elle en diffère cependant par la hauteur de ses diamètres verticaux qui sont beaucoup plus courts.

La forme *ogivale*, comme son nom l'indique, fait ressembler la voûte palatine à une ogive dont l'apex correspond au raphé médian.

Tandis que les deux premières sont plus ou moins arrondies, et la troisième pointue, la quatrième ou *en cône tronqué* est carrée.

Cette dernière forme serait presque toujours la conséquence de végétations adénoïdes qui en pesant sur la partie supérieure de la voûte palatine à un âge où l'os est susceptible de fléchir, finiraient par effacer la courbe ou voussure de celle-ci et pourraient même quelquefois lui imprimer une forme bombée du côté de la bouche.

B. — PATHOLOGIE

Quoique petite la région de la voûte palatine est le siège de prédilection d'un certain nombre d'affections qui, par les modifications qu'elles apportent au plan osseux de cette région constituent des stigmates signalétiques d'une grande importance pour le médecin légiste.

C'est à ce titre que nous les signalons.

Nous les diviserons en trois groupes :

- a). Lésions traumatiques ;
- b). Lésions organiques ;
- c). Tumeurs.

Lésions traumatiques. — Ce genre de blessure dont on trouvera une bonne description dans la thèse de Bedel (1) s'observe quelquefois sur des individus qui tombent sur la face en tenant dans la bouche un instrument rigide et plus ou moins pointu comme une pipe, une tige métallique, etc.

L'instrument venant heurter la voûte palatine peut, après avoir déchiré et contusionné la muqueuse, traverser la voûte osseuse et pénétrer dans les fosses nasales. On conçoit même que si la force d'impulsion est considérable l'instrument puisse continuer sa marche et pénétrer dans le crâne. C'est ce que l'on observe dans certains cas de

(1) *Des perforations traumatiques de la voûte palatine et leur traitement* (Paris 1872).

blessures par armes à feu, surtout sur ceux qui cherchent à se détruire en se tirant un coup de feu dans la bouche.

Il en peut résulter des pertes de substance considérables qui laissent sur la voûte palatine des marques indélébiles.

Lésions organiques. — Parmi celles-ci il faut signaler surtout l'ostéo-périostite qui peut succéder à des traumatismes, mais qui, le plus souvent, est consécutive à la périostite alvéolo-dentaire dont elle n'est qu'une propagation.

Il n'est pas rare de voir des ostéo-périostites de la voûte palatine nées sous l'influence de causes diathésiques (scrofule ou syphilis) se terminer par carie ou nécrose et être suivies de perforations de la voûte palatine.

Tandis que la périostite d'origine dentaire guérit spontanément et complètement, celle qui est d'origine diathésique donne lieu d'abord à une ouverture fistuleuse, puis une portion plus ou moins étendue d'os nécrosé est éliminée soit par la bouche, soit par les narines donnant lieu à une perforation qui pourra se cicatriser si la perte de substance est peu considérable, autrement rester permanente.

Tumeurs. — Comme tumeurs de la voûte palatine nous avons à signaler seulement les exostoses qui se rencontrent sur la partie médiane de la voûte palatine et auxquelles Chassaignac a attribué toujours une origine syphilitique.

Sans partager l'opinion de cet auteur au point de vue de l'origine spécifique de cette tumeur nous pou-

vons affirmer en avoir souvent rencontré ; par leur saillie à travers la muqueuse de la voûte palatine elles constituent un excellent signe d'identité.

C. — ANOMALIES ET VICES DE CONFORMATION DE LA VOUTE PALATINE

Dans ce chapitre nous devons mentionner la brièveté anormale de la voûte palatine qui est très rare et dont un exemple fut cité en 1869 par Trélat devant la Société de chirurgie.

Il s'agissait d'une voûte palatine dont le diamètre antéro-postérieur ne mesurait que 32 millimètres, en diminution d'environ 20 millimètres sur la longueur normale.

Une autre conformation vicieuse de la voûte palatine est celle qui a été étudiée d'abord par les Anglais sous le nom de *V shaped maxilla* et qui consiste en une hauteur exagérée de la voûte palatine qui prend alors une forme ogivale. Cette augmentation de la hauteur coïncide avec une diminution considérable de la hauteur des fosses nasales. Par ce fait les malheureux porteurs de cette infirmité respirent par la bouche qu'ils tiennent constamment ouverte.

Mais de toutes les anomalies que l'on rencontre sur la voûte palatine, les plus importantes au point de vue fonctionnel aussi bien qu'au point de vue du signalement, ce sont les divisions congénitales, autrement appelées fissures congénitales.

Elles sont complètes ou incomplètes suivant qu'elles s'étendent à toute ou une partie de la voûte palatine ; elles sont encore unilatérales, bi-latérales ou médianes.

Les fissures unilatérales complètes, beaucoup plus fréquentes à gauche, commencent entre l'incisive externe et la canine, se dirigent obliquement en arrière et en dehors vers le trou palatin antérieur, et de là cheminent parallèlement à la ligne médiane jusqu'au bord postérieur de la voûte puis se prolongent en arrière sur le voile qu'elles divisent en deux moitiés. D'une largeur qui varie entre quelques millimètres et 1 centimètre, elles sont plus larges en arrière qu'en avant et présentent un rétrécissement au niveau de leur changement de direction.

La fissure unilatérale incomplète peut intéresser seulement le bord alvéolaire ou bien aller jusqu'au trou palatin antérieur, ou enfin s'étendre jusque près du bord postérieur de la voûte.

Les fissures bilatérales incomplètes appartiennent à la variété antérieure, c'est-à-dire que ce sont les précédentes s'arrêtant en avant du bord postérieur sans l'atteindre.

La fissure médiane, extrêmement rare, née entre les deux incisives centrales, ne s'étend pas au delà du trou palatin antérieur. Cela peut coïncider avec une fissure latérale ou avec deux fissures latérales.

Toutes ces solutions de continuité dans la voûte palatine et qui constituent une gêne considérable pour les fonctions physiologiques de la prononciation et de la déglutition ont été de tout temps l'objet des préoccupations des chirurgiens qui ont cherché à y remédier soit par des opérations, soit par l'application d'appareils prothétiques variés.

Dans ce dernier cas la présence d'un appareil de cette nature peut être à notre point de vue un signe précieux d'identité capable de fournir des indications précises.

CHAPITRE II

Mâchoires.

A. — ANATOMIE.

La mâchoire supérieure est la partie la plus volumineuse du squelette de la face; elle est formée des deux maxillaires supérieurs; ces deux parties réunies constituent un segment d'ellipsoïde ouvert en arrière et uni de gauche à droite par l'apophyse palatine des maxillaires supérieurs et qui concourent à la formation de la voûte.

Chez l'adulte sain et normalement constitué, la mâchoire supérieure est garnie de seize dents, huit de chaque côté placées symétriquement. Une muqueuse fortement adhérente au périoste de l'os double la mâchoire supérieure à sa face externe jusqu'au repli qui correspond presque exactement au sommet de la racine des dents canines et molaires. La face interne de l'os de la mâchoire est recouverte par une muqueuse épaisse, très adhérente au périoste au niveau de la voûte palatine.

La structure de la mâchoire supérieure est spongieuse et paraît peu en rapport avec la force de résistance qu'elle

doit supporter pendant l'accomplissement de l'acte physiologique de la mastication; aussi est-il commun que pendant l'avulsion des dents de la mâchoire supérieure, les alvéoles soient arrachés avec la dent. D'un autre côté le maxillaire supérieur est creusé d'une grande cavité qui forme une annexe des fosses nasales, *le sinus maxillaire*.

La mâchoire supérieure immobile est le point d'appui contre lequel la mâchoire inférieure triture les aliments pendant la mastication.

Un seul os, le maxillaire inférieur, constitue la mâchoire inférieure, et il est évident qu'il n'a d'autre fonction que de soutenir les dents pour le but de la mastication.

Le maxillaire inférieur, os impair médian et par conséquent symétrique, présente la forme d'un fer à cheval, dont les deux extrémités sont recourbées en crochet en haut : de la sorte l'os peut être divisé en trois portions, un *corps* et deux *branches*.

Le corps du maxillaire inférieur présente donc deux faces et deux bords; le bord supérieur est creusé pour recevoir les racines de seize dents; tandis que l'inférieur donne attache à des muscles : en arrière, aux fibres les plus antérieures du masseter, et en avant au muscle dygastrique. Le reste du bord inférieur est arrondi et lisse et présente une gouttière peu creusée pour le passage de l'artère et de la veine du même nom.

La face externe présente sur la partie médiane l'*éminence mentonnière*, de laquelle part de chaque côté une ligne oblique qui va rejoindre la ligne oblique de la face interne au-devant du bord antérieur de la branche montante du maxillaire.

De chaque côté de l'éminence mentonnière, à peu près au niveau de la deuxième petite molaire, se trouve le *trou mentonnier* ou orifice antérieur du canal dentaire.

La face interne présente sur la ligne médiane les *apophyses geni* au nombre de quatre destinées à l'insertion des muscles génio-glosses et génio-hyoïdiens. Sur les côtés on voit la ligne oblique destinée à l'insertion du muscle mylo-hyoïdien; au-dessous et en arrière de cette ligne existe une dépression où est logée la glande sous-maxillaire; au-dessous et en avant on aperçoit une autre fossette destinée à contenir la plus volumineuse des glandes sub-linguales.

Le corps de l'os maxillaire est constitué par du tissu spongieux au niveau des alvéoles et dans le reste de son étendue par du tissu spongieux entouré d'une couche de tissu compact éburné, c'est-à-dire qu'il présente la structure des os plats.

L'épaisseur de l'os varie, et son minimum se trouve au niveau de la canine et de la première petite molaire; aussi est-ce en ce point que les fractures de cet os sont le plus fréquentes.

Le corps de la mâchoire est presque partout sous-cutané; quelques muscles peauciers de la face, du tissu cellulaire et de la graisse en plus ou moins grande quantité le séparent de la peau.

La branche montante du maxillaire inférieur offre à son bord supérieur un condyle destiné à l'articulation temporo-maxillaire; une échancrure, l'échancrure sigmoïde par laquelle passe le nerf et l'artère *massétérens*, puis l'apophyse coronoïde sur laquelle s'insère le tendon du muscle temporal.

La face externe de la branche montante donne insertion à sa partie inférieure au muscle masseter ; tandis que la face interne présente à sa partie moyenne l'orifice interne du canal dentaire inférieur.

Le maxillaire inférieur, si l'on considère l'anatomie comparée, doit se développer par deux moitiés latérales, mais on sait que cet os apparaît le premier après la clavicule ; la phase initiale de son développement nous échappe.

Des recherches de Meckel, Serres et Magitot il résulte qu'il existe un cartilage dit de Meckel qui apparaît de très bonne heure et sur lequel se développe le maxillaire inférieur.

Pour ce qui se rattache à l'anatomie des mâchoires une des questions qui nous intéressent au point de vue du signalement est leur forme.

En effet quoique la forme générale des mâchoires soit celle d'un ellipsoïde, nous avons cependant des différences très appréciables entre une mâchoire et une autre.

Sur le cadavre rien n'est plus aisé que de dénuder l'os et de déterminer exactement la forme de la mâchoire ; mais sur le vivant l'étude en est de beaucoup plus difficile ; et nous avons dû nous contenter de déduire la forme des mâchoires d'après la courbure alvéolaire.

Dans la thèse du Dr Charon (1) il est fait mention de cinq formes bien distinctes de courbures alvéolaires : mais cet auteur a étudié les anomalies des courbures alvéolaires spécialement au point de vue de la dégénérescence.

Pour nous il n'y a que trois formes de courbure alvéolaire :

a) La forme parabolique ;

b) La forme angulaire ;

c) La forme carrée (Voir planche II, 1, 2, 3).

Ces différentes formes de courbure sont héréditaires en ce qui concerne les deux premières ; quant à la troisième, elle est souvent occasionnée par la poussée tardive de la dent canine ; mais le retard dans l'évolution d'une dent est bien souvent un fait héréditaire.

Chez les individus dont le tissu adipeux des joues n'est pas exagéré, la forme de cette courbure se traduit facilement au dehors la bouche étant fermée ; c'est ainsi qu'à une courbure angulaire correspond une figure pointue dite vulgairement *en lame de couteau* ; tandis qu'à la forme carrée on peut sans crainte d'être contredit attribuer une figure aplatie d'avant en arrière.

Un deuxième point que l'anatomie des mâchoires nous offre à étudier est l'*articulation*.

En art dentaire on appelle articulation le rapport qui existe entre les dents de la mâchoire supérieure et celles de l'inférieure pendant l'acte de la mastication. Nous avons déjà vu que la mâchoire supérieure faisait corps avec les autres os de la tête tandis que l'inférieure ne se rattachait à la tête que par des muscles ou d'autres parties molles. Or pour que l'acte de la mastication puisse s'accomplir il est nécessaire que les faces triturantes des dents inférieures aillent à la rencontre de leurs antagonistes de la mâchoire supérieure. Pendant ce mouvement qui se produit de bas en haut, et qui est effectué exclusivement par la mâchoire inférieure les grosses molaires supérieures et inférieures prennent contact, tandis que les incisives et les canines affectent des rapports différents qui donnent lieu à trois sortes d'articulation.

Lorsque les incisives des deux mâchoires se rencontrent par leur bord libre, mais ne peuvent pas se dépasser ni en avant, ni en arrière on a l'articulation dite *bout à bout*.

Dans ce cas le bord effilé et taillé en bec de flûte des incisives finit par s'user ; les dents se trouvent alors raccourcies et peuvent fonctionner presque comme des molaires.

Dans le deuxième cas les incisives supérieures dépassent d'environ $\frac{1}{3}$ de leur longueur leurs antagonistes ; on a alors l'articulation dite *normale* qui se rencontre dans la grande majorité des cas.

Lorsqu'enfin les incisives inférieures couvrent une partie ou même la totalité de la longueur des supérieures en passant en avant d'elles nous avons l'articulation dite *en dehors*.

Cette dernière espèce d'articulation s'accompagne presque toujours d'une protrusion exagérée du menton que l'on appelle *menton en galoche*, et constitue un excellent caractère signalétique.

Un exemple parfait de cette anomalie du menton fut présenté par Charles V.

Le dernier point qui nous reste à étudier est fourni par le mode d'implantation des dents sur les mâchoires ; son importance est d'autant plus grande que, quoique dans la majorité des cas les dents affectent le même mode d'implantation, néanmoins chez beaucoup d'individus celui-ci s'éloigne sensiblement de la normale constituant alors des indices signalétiques très précieux.

L'embryogénie nous montre que les dents après avoir atteint leur complet développement morphologique dans l'épaisseur de l'os viennent se faire jour à travers celui-ci

et paraissent à la surface de la gencive suivant une inclinaison variable.

Nous pouvons donc considérer la surface alvéolaire des mâchoires comme un plan horizontal sur lequel s'élève verticalement l'axe de chaque dent.

Or, nous pouvons nous trouver en présence de plusieurs cas. Si l'axe de la dent fait avec le plan horizontal de la mâchoire un angle droit, nous aurons l'*orthodontisme*; si cet angle est obtus en avant, nous aurons l'*opistodontisme*; enfin, nous aurons le *prodontisme* si cet angle est obtus en arrière.

Pour étudier l'inclinaison des dents avec tout le développement que comporte cette importante question, il est utile de diviser les dents de la bouche en deux groupes : dans le premier nous ferons entrer les incisives ou antérieures, tandis que le second comprendra toutes les autres.

Cette distinction est d'autant plus nécessaire que les incisives, à cause de leur situation par rapport à l'axe du corps humain et surtout à cause de leur juxtaposition, comme les planches d'une palissade, sont susceptibles de s'incliner en avant ou en arrière, tandis que les autres dents, pour les mêmes raisons, s'inclinent en dehors ou en dedans.

Donc si les incisives affectent toutes les mêmes inclinaisons, si elles sont toutes droites, par exemple, l'*orthodontisme* sera total, autrement il sera partiel. Ce qui vient d'être dit de l'*orthodontisme* s'applique aussi bien au *prodontisme* et à l'*opistodontisme*.

Pour déterminer l'inclinaison des dents latérales, nous prendrons comme terme de comparaison l'axe du corps humain.

Or, nous savons que celui-ci passe par la colonne vertébrale : donc si l'inclinaison des latérales est en dehors l'axe de ces mêmes dents sera divergent, tandis qu'il sera convergent si ces dents sont inclinées en dedans.

Pour cette raison nous appellerons *divergentes* les dents latérales qui sont inclinées en dehors, et *convergeantes* celles qui son inclinées en dedans.

B. — PATHOLOGIE

Comme pour la pathologie de la voûte palatine nous diviserons la pathologie des mâchoires en trois groupes comprenant les lésions traumatiques, les lésions organiques et les tumeurs.

Les deux mâchoires étant le siège de lésions de même nature leur pathologie sera étudiée ensemble.

a). *Lésions traumatiques.*

Parmi celles-ci les fractures occupent la première place, leurs causes sont multiples : chute d'un lieu élevé, coups de pierre, coups de bâton, éclats de meule, etc.

Si le choc qui a produit la fracture a été faible, les fragments fracturés n'ayant pas subi d'écartement, la fracture est rapidement guérie ne laissant aucune trace de l'accident survenu. Il est évident que ces cas ne sauraient aucunement nous intéresser.

Mais il n'en est pas de même lorsque le choc a été violent. Dans ce cas le déplacement considérable des fragments en est la première conséquence qui, après la

cicatrisation, modifie d'une façon notable la surface osseuse de la région fracturée.

Il n'est pas rare même de constater un changement important dans l'articulation à la suite du déplacement d'une ou plusieurs dents.

Il nous souvient d'avoir vu un mineur qui, ayant eu la face violemment heurtée par une benne, eut les deux mâchoires fracturées du même coup. Les fragments de la mâchoire supérieure supportant les grosses molaires étaient de plus d'un centimètre plus bas que le reste de la mâchoire de manière à empêcher tout contact des autres dents.

Une autre conséquence des fractures compliquées des mâchoires est l'élimination de séquestres qui laissent à leur place une perte de substance plus ou moins grande et constituent une marque indélébile.

b). *Lésions organiques.*

Les lésions organiques qui nous intéressent plus particulièrement sont :

- 1° L'hypertrophie ;
- 2° La nécrose ;
- 3° La résorption progressive des maxillaires ;
- 4° L'actinomycoïse ;
- 5° L'acromégalie.

L'*hypertrophie* est caractérisée par un développement considérable des os des mâchoires. Elle débute ordinairement par l'un des maxillaires supérieurs et s'étend ensuite à l'autre côté. Il se forme ainsi deux grosses tumeurs entre lesquelles le nez se trouve enfoncé.

La *nécrose* est quelquefois la conséquence d'un traumatisme, mais le plus souvent elle reconnaît comme cause l'ostéo-périostite.

Elle est beaucoup plus fréquente à la mâchoire inférieure qu'à la supérieure. Seule la nécrose consécutive à l'ostéo-périostite syphilitique fait exception ; celle-ci en effet a pour lieu de prédilection le maxillaire supérieur, d'où elle peut envahir, comme nous l'avons déjà vu, la voûte palatine.

Un des caractères distinctifs de la nécrose est l'élimination de séquestres dont le volume peut être quelquefois très considérable.

Une variété importante de la nécrose est la *nécrose phosphorée* qui ne diffère de la précédente que par le fait qu'elle reconnaît toujours pour cause l'exposition prolongée aux vapeurs de phosphore.

Résorption progressive des arcades alvéolaires.

La résorption des alvéoles est un fait physiologique qui se produit fatalement lorsque le progrès de l'âge a déterminé la chute des dents. Le travail d'atrophie qui se fait à cette époque ne reste pas limité aux alvéoles ; il s'étend au maxillaire inférieur jusqu'aux attaches musculaires et au maxillaire supérieur, jusqu'au voisinage de la voûte palatine : les os sont en même temps amincis par la résorption des tables interne et externe.

La résorption pathologique des arcades alvéolo-dentaires ne diffère de la résorption sénile que par l'âge auquel elle apparaît (trente à quarante ans) et quelquefois aussi par l'étendue remarquable des lésions atrophiques.

L'*actinomyose* est une maladie parasitaire provoquée par un champignon, l'*actinomyces*.

C'est en soignant les animaux et plus spécialement les bœufs atteints de tumeurs actinomycosiques que les cultivateurs s'inoculent cette grave maladie.

Une fois dans la bouche l'*actinomyces*, soit à travers la gencive, soit par une dent cariée entre dans l'os. Il se forme alors au niveau du maxillaire inférieur une petite tumeur qui évolue plus ou moins lentement.

Souvent les dents sont incriminées et l'on procède à leur avulsion sans pour cela être débarrassé du mal.

Peu à peu la tumeur grossit en gagnant la profondeur de l'os. A ce moment les dents deviennent mobiles et peuvent tomber spontanément.

Suivant son cours normal, l'abcès s'ouvre dans la bouche laissant une fistule.

Les phénomènes généraux varient beaucoup d'intensité : ils peuvent cependant être assez accentués pour emporter le malade. C'est ainsi que trois cas que nous avons observés pendant nos études médicales se sont terminés par la mort.

Décrite pour la première fois par Rivolta en 1868, cette affection est actuellement bien connue. Ce fut Bollinger de Munich qui l'appela actinomyose (champignon rayonné).

L'Ecole de Lyon et plus spécialement les professeurs Poncet (1) et Lépine ont la gloire d'avoir étudié tout récemment cette question avec le plus grand soin.

(1) *Traité clinique de l'actinomyose humaine, des pseudo-actinomyoses, et de la botryomyose* par A. PONCET et BÉRARD.

L'*acromégalie* est une affection caractérisée par une augmentation véritablement énorme des extrémités inférieures, supérieures et céphaliques. Le maxillaire inférieur est l'un des os le plus précocement atteint. Presque toujours cette affection s'accompagne de cyphose cervico-dorsale.

Elle n'est jamais congénitale et apparaît presque toujours entre dix-huit et vingt-six ans.

Son étiologie est malheureusement encore complètement inconnue.

Un caractère différentiel entre cette affection et l'ostéite-hyperthrophiante est le suivant : dans cette dernière le processus hypertrophique est toujours limité aux os, et respecte le développement des tissus mous.

C. — TUMEURS

Il a été observé un nombre considérable de tumeurs des mâchoires de toutes les variétés connues, et des tumeurs qui avaient pour origine une altération ou un vice de conformation des organes essentiels des mâchoires, les dents, mais nous ne mentionnerons que celles qui sont susceptibles de modifier d'une manière appréciable et définitive le squelette des mâchoires.

Nous signalerons donc les fibromes et les odontomes.

Les *fibromes* des mâchoires sont relativement rares. Sur 700 tumeurs siégeant sur les maxillaires, Weber en a reconnu 50 pour des fibromes.

Ils se développent très souvent dans le jeune âge ; l'irritation soit traumatique soit odontopathique semble en être la cause la plus fréquente.

Ces tumeurs naissent tantôt sur la face profonde, tantôt aux dépens du périoste alvéolo-dentaire. D'abord peu vasculaires elles peuvent s'incruster de sels calcaires (fibromes calcifiés) ou être envahies par un processus d'ossification sous forme de fines aiguilles osseuses perpendiculaires à la surface de l'os (fibromes ossifiants).

Dans les deux cas leur consistance atteint une très grande dureté et à ce titre elles constituent un élément signalétique d'une grande importance.

Les *odontomes* sont les tumeurs appelées autrefois les *exostoses* des dents.

Comme leur nom l'indique elles ont un rapport d'origine avec les différents états de la dent.

L'odontome le plus fréquent est l'odontome odonto-plastique qui est constitué par hypertrophie du bulbe dentaire, et plus tard par la dentification plus ou moins complète de la tumeur.

Elle se présente donc sous deux formes différentes :

- a) A l'état odonto-plastique non dentifié ;
- b) A l'état odonto-plastique dentifié.

Dans le premier cas ces tumeurs sont constituées par une masse fibreuse ; dans le second, en vertu de la dentification plus ou moins complète de la tumeur, celle-ci acquiert petit à petit une consistance en tout semblable à l'os.

Pour finir avec les tumeurs des mâchoires nous pourrions mentionner les tumeurs malignes qui offriraient beaucoup d'intérêt à notre point de vue à cause des ravages épouvantables qu'elles produisent sur les organes qu'elles atteignent ; mais nous dépasserions les limites de notre travail.

Nous nous bornerons à mentionner le fait qu'à la suite de résections plus ou moins étendues pratiquées sur l'une ou l'autre des mâchoires, aujourd'hui, grâce à la savante impulsion donnée par le Dr Claude Martin (1) à la prothèse immédiate, on applique des appareils qui permettent la restauration complète des parties réséquées.

La présence dans la bouche d'un appareil prothétique est incontestablement un signe d'identité d'une grande valeur dont le médecin légiste saura tirer parti.

D. — ANOMALIES ET VICES DE CONFORMATION

La rareté des anomalies et des vices de conformation des mâchoires nous dispense de les mentionner.

(1) *De la prothèse immédiate appliquée à la résection des maxillaires*, Paris 1889.

DISCUSSION

Si l'on jette un coup d'œil sur la planche phototypique I, on est vivement frappé par la ressemblance des deux sœurs jumelles *A* et *B*. Cette ressemblance est tellement parfaite, qu'ayant eu à donner nos soins aux deux en même temps, nous n'eussions jamais su à laquelle nous avions affaire sans regarder d'abord la bouche.

Eh bien, chez ces deux filles, à la ressemblance physiologique correspond une ressemblance absolue des deux mâchoires.

D'abord les dents ont même taille, mêmes dimensions, même forme générale, même inclinaison sur le plan horizontal alvéolaire ; enfin les mâchoires présentent absolument le même profil, comme il résulte des figures 6 *A* et 7 *B*.

Du côté de la voûte palatine même forme générale, même hauteur.

Une petite différence cependant est à remarquer pour les diamètres transverses, dont deux sont chez l'une légèrement plus courts que chez l'autre. Mais ce fait loin d'infirmes les données exposées dans notre travail les corrobore au contraire, car à ces deux diamètres plus

courts correspond dans la mâchoire une place vide, c'est-à-dire que deux dents manquent.

Or nous savons par expérience que l'absence d'une ou plusieurs dents détermine à la longue un rétrécissement de la mâchoire au niveau des dents manquantes.

Ce fait prouve jusqu'à l'évidence la parfaite similitude des deux mâchoires avant l'absence des deux dents et confirme d'une façon absolument irrécusable la parfaite analogie qui existe entre les traits physionomiques et la physionomie, pour ainsi dire, de la bouche.

Et que l'on ne vienne pas nous objecter que celui que nous présentons est un cas isolé, car depuis que notre attention est attirée sur ce sujet nous avons remarqué une très grande quantité de faits analogues, que nous eussions pu joindre à celui-ci sans le refus catégorique contre lequel nous nous sommes heurté de laisser prendre l'image photographique.

Or supposons pour un instant que l'une de ces deux filles vienne à être assassinée. Son corps ou même son squelette est retrouvé quelques mois après sa disparition,

Est-ce que l'examen comparatif des deux bouches ne suffirait pas amplement à établir l'identité de la victime ?

Sans aucun doute !

Et à ce propos nous devons dire que la différence de la même bouche avant et après la mort n'est pas tellement grande que l'on ne puisse pas reconnaître les points de ressemblance qui peuvent s'y trouver.

En effet, le seul fait qui se produit dans la bouche après la mort est la disparition de la muqueuse ; mais cette disparition ne modifie que d'une façon prévue et insignifiante la surface de la cavité buccale au point de vue de la

ressemblance, car la muqueuse est très mince et tendue sur le palais et va en augmentant d'épaisseur à mesure qu'elle s'approche du bord alvéolaire.

Par contre les points de ressemblance qui sont fournis par les parties osseuses sont immuables et persistent longtemps après la mort.

Faut-il en conclure que le procédé que nous préconisons soit infaillible, facile à appliquer et exempt de difficultés?

Certes non.

Nous reconnaissons volontiers que dans son application on peut se trouver quelquefois en présence de difficultés d'ordre différent, mais celles-ci dans la plupart des cas peuvent être surmontées.

Ainsi, par exemple, on ne manquera pas de faire valoir la difficulté qui résultera de la prise de l'empreinte. Le parent présumé refusera de laisser prendre l'empreinte de la bouche. Quoiqu'un tel refus ne soit justifié par aucune raison sérieuse (car jamais on ne refuse de laisser prendre l'empreinte chez le dentiste pour la pose de dents), on pourrait à la rigueur se passer de cette empreinte à la condition toutefois de consigner dans un procès-verbal très détaillé toutes les particularités offertes par les parties osseuses du palais et des mâchoires.

Une autre difficulté pourrait surgir au moment de prendre l'empreinte pour savoir auquel des parents la victime ressemblait le plus. Est-ce au père ou à la mère?...

Mais à l'aide des personnes de l'entourage de la victime on parviendra facilement à vaincre aussi cette difficulté qui du reste se rencontre rarement.

Une circonstance toutefois peut paraître rendre la prise de l’empreinte inutile, c’est l’absence complète de dents dans la bouche de la victime ou du parent présumé.

Dans ce cas, il faut le reconnaître, les ressources du médecin légiste sont presque nulles et ses efforts peuvent demeurer sans résultat.

Quoiqu’on puisse cependant utiliser, dans une certaine mesure, et la forme du palais, et la présence possible d’une anomalie quelconque, et la présence de stigmates pathologiques, et enfin la présence d’une pièce prothétique.

Et à ce sujet qu’il nous soit permis d’émettre le vœu de voir les dentistes adopter une marque quelconque imprimée sur leurs appareils qui leur permette de les reconnaître facilement.

Si l’on tient compte des innombrables difficultés dans lesquelles se débat, trop souvent, hélas ! inutilement, le médecin légiste pour arriver à établir l’identité d’un inconnu à une époque où les crimes deviennent de jour en jour plus fréquents, et les criminels plus que jamais habiles à dissimuler leurs épouvantables forfaits, il est clair qu’il appartient à la science de seconder l’œuvre de la justice et qu’il est du devoir de chacun d’apporter son effort, quelque petit soit-il, pour empêcher l’impunité du mal.

Puissions-nous y avoir contribué dans la mesure de nos faibles forces.

CONCLUSIONS

1° Entre les membres d'une même famille à la ressemblance physiionomique correspond la ressemblance des différentes parties osseuses qui concourent à la formation de la bouche.

2° La ressemblance physiionomique entre les membres d'une même famille se transmet avec ou sans alternance de sexe.

3° Les individus qui ne ressemblent ni à l'un ni à l'autre de leurs ascendants immédiats sont rares.

4° La comparaison de l'empreinte de la bouche du cadavre d'un inconnu avec l'empreinte de la bouche d'un de ses parents présumés peut fournir des présomptions sérieuses en faveur de son identité.

5° Les présomptions les plus importantes sont fournies :

a) Par l'analogie de forme de la voûte palatine;

b) Par l'analogie des rapports des différents diamètres de la voûte palatine et de la mâchoire inférieure ;

c) Par le mode d'implantation des dents sur les mâchoires;

d) Par l'articulation;

e) Par l'analogie de la courbure alvéolaire des deux mâchoires;

f) Par la ligne alvéolaire vue de profil.

6° La valeur de ces présomptions peut être considérablement augmentée :

a) Par la présence de stigmates pathologiques;

b) Par la présence d'anomalies dentaires.

7° Ces dernières sont presque toujours héréditaires.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

A. LACASSAGNE

Vu :

LE DOYEN,

LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,

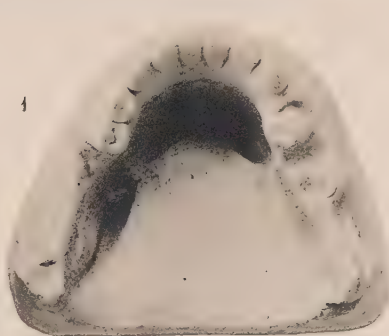
Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

PLANCHE I



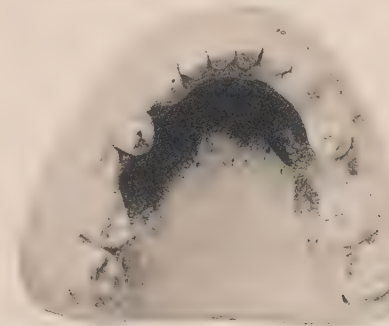
2 A.



3 A.



4 B.



5 B.



6 A.



7 B.

1. (A et B) Épreuve phototypique de deux sœurs jumelles de ressemblance parfaite.

2. A. Empreinte de la mâchoire supérieure de A.

3. A. Empreinte de la mâchoire inférieure de A.

4. B. Empreinte de la mâchoire supérieure de B.

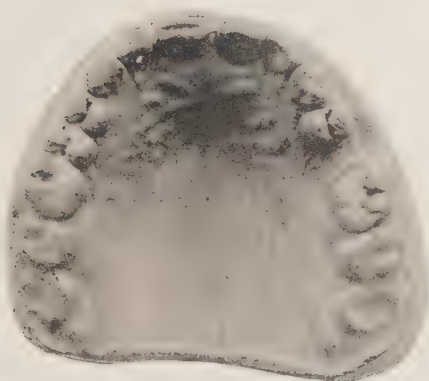
5. B. Empreinte de la mâchoire inférieure de B.

6. A. Mâchoire supérieure de A vue de profil.

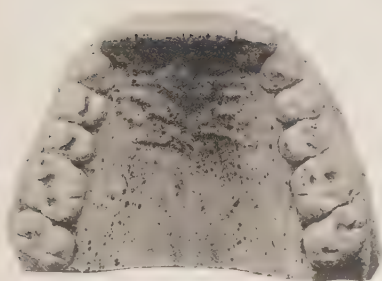
7. B. Mâchoire supérieure de B vue de profil.

PLANCHE II

1



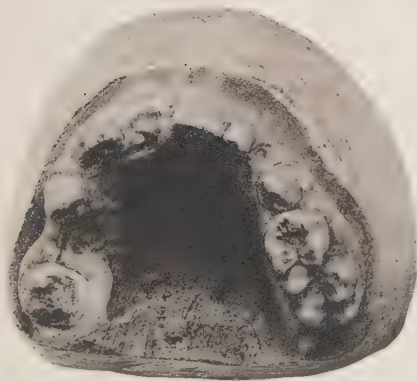
2



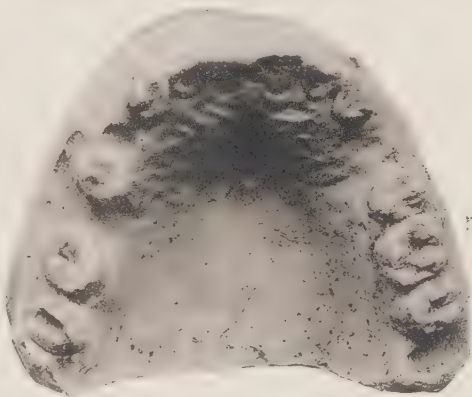
3



4



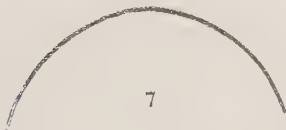
5



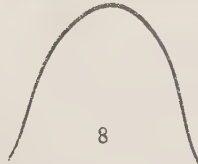
6



7



8



9



(1.2.3.) Différentes courbes alvéolaires de mâchoire supérieure.

Courbure parabolique,
Courbure carrée,
Courbure angulaire.

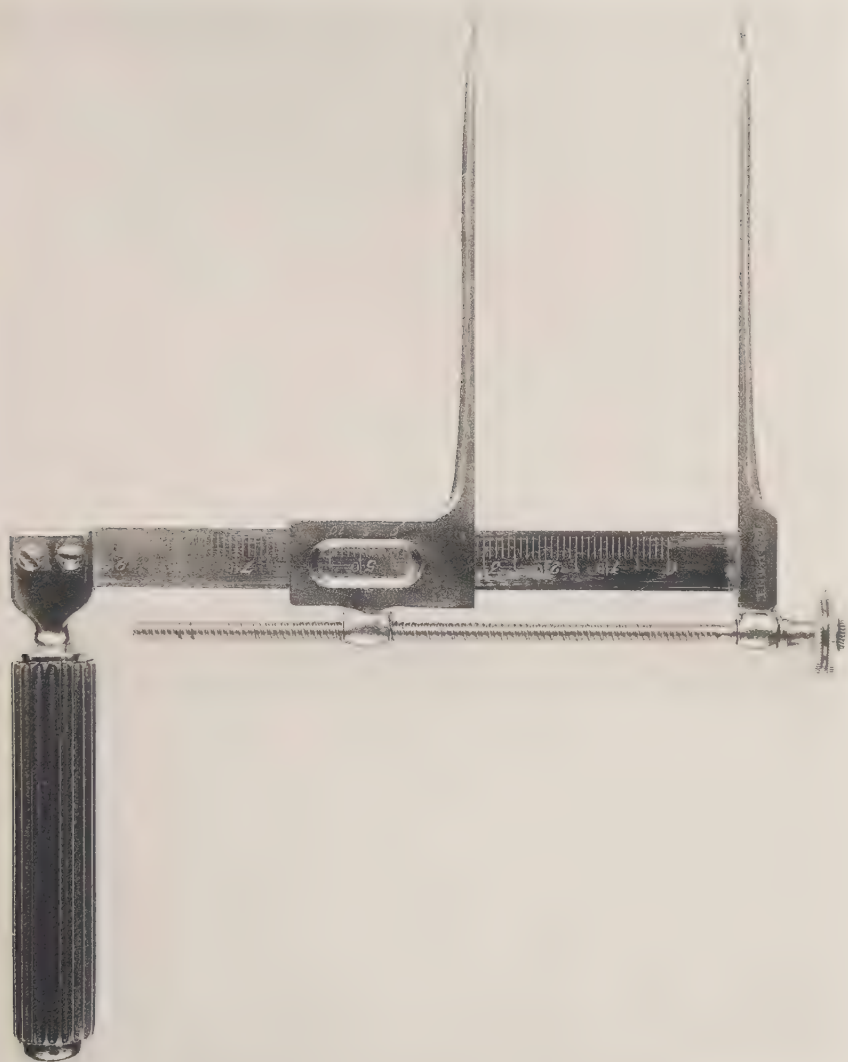
Mâchoire supérieure et voûte palatine appartenant à individu du sexe féminin dont la taille était de 1 m. 46. Diamètre transverse postérieur, 27 millimètres.

5. Mâchoire supérieure et voûte palatine appartenant à individu de sexe féminin dont la taille était de 1 m. 85. Diamètre transverse postérieur, 40 millimètres.

(6.7.8.9.) Différentes formes de voûte palatine.

6. Forme en dôme,
7. Forme plate,
8. Forme en ogive,
9. Forme en cône tronqué.

PLANCHE III



STOMATOMÈTRE

Permettant d'obtenir en millimètres la longueur des diamètres transverses de la voûte palatine et de la mâchoire inférieure.

LYON

IMPRIMERIE A. STORCK & C^{ie}

8, Rue de la Méditerranée.
